

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÃY TOÀN THÂN TRONG UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN IV

Imaging characteristics and the role of whole body multidetector computed tomography in patients with stage IV prostate cancer

*Trần Thị Thanh Thanh**, *Trần Đăng Khoa**, *Nguyễn Ngọc Tráng****,
*Vũ Đăng Lưu****

SUMMARY

Purpose: The study was conducted to describe image characteristics of prostate cancer on multidetector computed tomography (MDCT) and to determine the role of MDCT in patients with stage IV prostate cancer.

Objectives and subjects: A cross-sectional study was performed on 45 patients at Huu Nghi Hospital from January 2017 to May 2023. All patients had pathologically proven prostate cancer, multi-parameter magnetic resonance imaging (mp-MRI), MDCT, and bone scan and were categorized as stage IV.

Results: The mean age was 78.31 ± 5.64 years, mean Total prostate-specific antigen (tPSA) concentration was 279.78 ng/ml, mean prostate volume was 45.20 ml. 60% of patients had extra-prostatic invasion, 66.7% had regional lymph node metastases; 40% of patients had distant lymph node metastasis; 46.7% had bone metastasis; 28.9% had distant metastasis to other organs. MDCT had good to very good concordance with MRI in evaluating local invasion and good concordance with bone scintigraphy in evaluating bone metastasis, with $p < 0.05$.

Conclusion: MDCT had a high value in assessing metastatic lesions in patients with stage IV prostate cancer, especially lung lesions. Whole-body MDCT is a useful alternative to MRI and PET/CT in evaluating metastatic lesions from prostate cancer.

Keywords: *Prostate cancer, Multidetector computerized tomography, bone scintigraphy.*

* Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Hữu Nghị

** Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Đại học Y Hà Nội

*** Trung tâm Điện Quang, Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) đứng hàng thứ hai trong các loại UT ở nam giới. Theo GLOBOCAN 2020, trên thế giới có hơn 1,4 triệu ca mắc mới và 375304 ca tử vong. Ở Việt Nam có 6248 ca mắc mới và 2628 trường hợp tử vong do UT TTL [1]. Tỷ lệ UT TTL tăng lên khi tuổi thọ của con người ngày càng cao [2], [3].

Các lựa chọn điều trị UT TTL khác nhau tùy thuộc vào tuổi của bệnh nhân (BN), giai đoạn bệnh, các tác dụng phụ tiềm ẩn của phương pháp điều trị và các bệnh lý đi kèm của BN. Vì vậy, chẩn đoán giai đoạn đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc lựa chọn chiến lược điều trị thích hợp.

Hiện nay, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh UT TTL ngày càng có nhiều cải thiện trong phát hiện hiện cũng như chẩn đoán giai đoạn bệnh. Siêu âm qua đường trực tràng đóng vai trò chủ yếu trong hướng dẫn sinh thiết TTL nhưng có độ chính xác không cao trong đánh giá giai đoạn tại chỗ. Cộng hưởng từ (CHT) đa tham số đang nổi lên như một phương pháp chính trong phát hiện sớm và đánh giá giai đoạn UT TTL khu trú [4], [5]. Khi bệnh ở giai đoạn tiến triển, có nhiều phương pháp đánh giá tổn thương di căn, trong đó có cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy, Positron-Emission Tomography/Computed Tomography (PET/CT), cộng hưởng từ (CHT) toàn thân^o. PET/CT và CHT toàn thân có độ nhạy cao trong phát hiện tổn thương di căn, đặc biệt là di căn xương, tuy nhiên có giá thành cao và chưa được phổ biến rộng rãi. Hiện nay, CLVT đa dãy với thời gian chụp ngắn, độ phân giải không gian cao, cùng với sự phát triển của các kỹ thuật tái tạo hình ảnh cho phép chẩn đoán các tổn thương ung thư cũng như di căn với độ chính xác ngày càng tăng. Vì vậy, CLVT đa dãy vẫn là phương tiện được sử dụng phổ biến để đánh giá các tổn thương di căn xa trong UT TTL.

Trên thế giới đã có nhiều đề tài nghiên cứu về vai trò của CLVT trong đánh giá các tổn thương di căn cũng như chẩn đoán giai đoạn UT TTL. Tuy nhiên ở Việt Nam chưa có đề tài nào nói về vấn đề này. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh UT TTL trên cắt lớp vi tính đa dãy và đánh giá vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy trong UT TTL.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2023.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân*

- Các BN đã chụp CHT TTL đa tham số và được chẩn đoán xác định UT TTL bằng mô bệnh học.

- BN được xạ hình xương, chụp CLVT đa dãy toàn thân.

- BN được chẩn đoán là giai đoạn IV (phân loại TNM theo AJCC lần thứ 8, năm 2017) sau khi có các xét nghiệm trên: có di căn hạch vùng (N1) hoặc có di căn xa (di căn hạch ngoài vùng, di căn xương hoặc di căn các tạng khác) (M1) trong một trong các phương pháp CHT, CLVT, xạ hình xương.

- *Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân*

- Các BN UT TTL đã được điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu*

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- *Cỡ mẫu và cách chọn mẫu*

- Chọn mẫu thuận tiện.

- Tất cả các BN phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được lấy vào nghiên cứu.

- *Cách xác định các biến số:*

* **Xâm lấn trên CLVT:**

- Phá vỡ vỏ: xâm lấn lớp mỡ quanh tuyến.

- Xâm lấn túi tinh: túi tinh tăng kích thước, xóa lớp mỡ giữa túi tinh với đáy TTL.

- Xâm lấn cơ quan lân cận ngoài túi tinh: xóa lớp mỡ/ tổn thương u mở rộng đến cơ quan lân cận (cơ thắt ngoài, bàng quang, cơ nâng hậu môn, trực tràng, thành chậu).

* **Xâm lấn trên CHT:**

- Phá vỡ vỏ: Sự bất xứng hoặc liên quan đến bó mạch - thần kinh. Xóa góc giữa trực tràng và TTL. Đẩy lùi

vỏ bao. U phát triển ra ngoài TTL rõ rệt. Mất liên tục vỏ bao. U tiếp xúc rộng với vỏ bao (>15mm) [7].

- **Xâm lấn túi tinh:** Mất cấu trúc bình thường của túi tinh. Các vùng tín hiệu thấp khu trú hoặc lan tỏa bên trong túi tinh trên ảnh T2W, hạn chế khuếch tán trên DWI và ngấm thuốc sớm sau tiêm. Vùng tín hiệu thấp bên trong túi tinh gây ra hiệu ứng khối. Ông phóng tinh giãn rộng với tín hiệu thấp trên ảnh T2W. Xóa góc giữa TTL và túi tinh trên ảnh đứng dọc. Tín hiệu thấp của khối U mở rộng từ đáy TTL tới túi tinh [7].

- **Xâm lấn cơ quan lân cận:** xóa lớp mỡ/ tổn thương u mở rộng đến cơ quan lân cận (cơ thắt ngoài, bàng quang, cơ nâng hậu môn, trực tràng, thành chậu).

*** Di căn hạch trên CLVT và CHT:**

- Hạch có đường kính trực ngắn $\geq 10\text{mm}$ / tăng ngấm thuốc sau tiêm.

- **Hạch vùng** là những hạch của khung chậu thực sự, chủ yếu gồm những hạch chậu nằm dưới chỗ chia của động mạch chậu chung, bao gồm các nhóm: vùng chậu, vùng hạ vị, hạch bịt, chậu và xương cùng (phía bên, phía trước và vùng ụ nhô)^g.

- **Hạch ngoài vùng** là các hạch nằm ngoài khung chậu thực sự, bao gồm: hạch cạnh động mạch chủ, động mạch chậu chung, hạch bẹn nông và bẹn sâu, thượng đòn, cổ, cơ bậc thang và sau phúc mạc [8].

*** Di căn xương:**

- Trên CLVT: tổn thương đặc xương, tiêu xương hoặc hỗn hợp.

- Trên xạ hình xương: các ổ tăng hoạt độ phóng xạ phân bố không đối xứng trên hệ thống xương.

• Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM, Mỹ) theo phương pháp thống kê y học.

- Đánh giá sự phù hợp giữa hai phương pháp bằng cách tính hệ số tương quan Kappa (Kappa <0,4: tương quan kém; Kappa=0,4-0,6: tương quan trung bình; Kappa=0,6-0,8: tương quan tốt; Kappa>0,8: tương quan rất tốt); có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 45 BN. Tuổi trung bình của các BN là $78,31 \pm 5,64$ tuổi, trong đó BN trẻ nhất là 62 tuổi, lớn tuổi nhất là 89 tuổi. Nồng độ PSA toàn phần trung bình của các BN là $279,78 \pm 496,32$ ng/ml, BN có nồng độ PSA toàn phần cao nhất là $2338,56$ ng/ml, thấp nhất là $3,12$ ng/ml. Thể tích TTL trung bình của các BN là $45,20 \pm 25,61$ ml, BN có thể tích TTL cao nhất là 110ml, thấp nhất là 9ml.

- Trong số 45 BN, có 1 BN Gleason 10 điểm, 29 BN Gleason 9 điểm, 13 BN Gleason 8 điểm và chỉ có 2 BN có Gleason 7 điểm.

2. Đặc điểm hình ảnh UT TTL giai đoạn IV trên CLVT đa dãy

• Các đặc điểm về tổn thương tại chỗ

Bảng 1. Các đặc điểm về tổn thương tại chỗ của các BN UT TTL giai đoạn IV

| Đặc điểm | | n | Tỉ lệ (%) | |
|--|---|-------|-----------|------|
| Phá vỡ vỏ | Có | 26/45 | 57,8 | |
| | Không | 19/45 | 42,2 | |
| Xâm lấn túi tinh | Có | 1 bên | 9/45 | 28,9 |
| | | 2 bên | 13/45 | 20,0 |
| | Không | 23/45 | 51,1 | |
| Xâm lấn cơ quan lân cận ngoài túi tinh | Có | 16/45 | 35,6 | |
| | Không | 29/45 | 64,4 | |
| Giai đoạn T trên CLVT | pT2: khu trú trong TTL | 18/45 | 40,0 | |
| | pT3a: xâm lấn qua vỏ bao TTL | 5/45 | 11,1 | |
| | pT3b: xâm lấn túi tinh | 6/45 | 13,3 | |
| | pT4: xâm lấn cơ quan lân cận ngoài túi tinh | 16/45 | 35,6 | |
| Di căn hạch vùng | N0: không có di căn hạch vùng | 15/45 | 33,3 | |
| | N1: di căn hạch vùng | 30/45 | 66,7 | |

Nhận xét: Trong số 45 BN nghiên cứu, 57,8% BN

có dấu hiệu phá vỡ vỏ tuyến; 48,9% BN xâm lấn túi tinh 1 hoặc 2 bên; 35,6 % BN xâm lấn cơ quan lân cận ngoài túi tinh; 60% BN xâm lấn ra ngoài tuyến và 66,7% BN di căn hạch vùng.

- Đặc điểm các tổn thương di căn xa

Bảng 2. Đặc điểm các tổn thương di căn xa ở các BN UT TTL giai đoạn IV

| Đặc điểm | | | n | Tỉ lệ (%) | |
|---------------------------------|--|---|------------|-----------|------|
| Di căn hạch ngoài vùng | Có | | 18/45 | 40,0 | |
| | Không | | 27/45 | 60,0 | |
| Di căn xương | Có | Dạng di căn xương | Đặc xương | 19/45 | 42,2 |
| | | | Tiêu xương | 1/45 | 2,2 |
| | | | Hỗn hợp | 1/45 | 2,2 |
| | Số lượng | Đơn ổ | 2/45 | 4,4 | |
| | | Đa ổ | 19/45 | 42,2 | |
| Không | | 24/45 | 53,3 | | |
| Di căn các tạng khác | Có | | 13/45 | 28,9 | |
| | Không | | 32/45 | 71,1 | |
| Phân loại giai đoạn M trên CLVT | M0: Chưa có di căn xa | | 8/45 | 17,8 | |
| | M1: Có di căn xa M1b: Di căn xương M1c: Di căn tạng khác có/không kèm di căn xương | M1a: Di căn hạch lympho ngoài hạch vùng | 9/45 | 20,0 | |
| | | | 14/45 | 31,1 | |
| | | | 14/45 | 31,1 | |

Nhận xét: Trong số 45 BN nghiên cứu, có 40,0% BN có di căn hạch ngoài vùng; 46,7% BN di căn xương, chủ yếu là BN di căn dạng đặc xương và đa ổ; 28,9% BN di căn các tạng khác; 82,2% BN di căn xa.

3. Vai trò của CLVT đa dãy trong UT TTL

Bảng 3. Sự phù hợp trong chẩn đoán dấu hiệu phá vỡ vỏ, xâm lấn túi tinh và di căn hạch vùng trên CLVT với CHT

| Dấu hiệu phá vỡ vỏ trên CLVT | Dấu hiệu phá vỡ vỏ trên CHT | | Kappa | p |
|------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|
| | Có | Không | | |
| Có | 25 | 1 | 0,862 | 0,000 |
| Không | 2 | 17 | | |
| Tổng | 27 | 18 | | |
| Xâm lấn túi tinh trên CLVT | Xâm lấn túi tinh trên CHT | | Kappa | p |
| | Có | Không | | |
| Có | 22 | 0 | 0,779 | 0,000 |
| Không | 5 | 18 | | |
| Tổng | 27 | 18 | | |

| Di căn hạch vùng trên CLVT \ Di căn hạch vùng trên CHT | Có | Không | Kappa | p |
|--|----|-------|-------|-------|
| Có | 27 | 1 | 0,953 | 0,000 |
| Không | 0 | 17 | | |
| Tổng | 27 | 18 | | |

Nhận xét: -CLVT và CHT có sự phù hợp rất tốt trong đánh giá tổn thương phá vỡ vỏ và di căn hạch vùng ở các BN UT TTL giai đoạn IV với hệ số Kappa lần lượt là 0,862 và 0,953 với $p < 0,05$.

- CLVT và CHT có sự phù hợp tốt trong đánh giá tổn thương xâm lấn túi tinh ở các BN UT TTL giai đoạn IV với hệ số Kappa = 0,779 và $p < 0,05$.

Bảng 4. Sự phù hợp trong chẩn đoán tổn thương di căn xương trên CLVT với xạ hình xương

| Di căn xương trên CLVT \ Di căn xương trên xạ hình xương | Có | Không | Kappa | p |
|--|----|-------|-------|-------|
| Có | 21 | 0 | 0,737 | 0,000 |
| Không | 6 | 18 | | |
| Tổng | 27 | 18 | | |

Nhận xét: CLVT và xạ hình xương có sự phù hợp tốt trong đánh giá tổn thương di căn xương ở các BN UT TTL giai đoạn IV với hệ số Kappa = 0,737 và $p < 0,05$.

cứu về các BN UT TTL ở các giai đoạn khác nhau.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 45 BN. Tuổi trung bình của các BN là $78,31 \pm 5,64$ tuổi, trong đó BN trẻ nhất là 62 tuổi, lớn tuổi nhất là 89 tuổi. Nồng độ PSA toàn phần trung bình của các BN là 279,78ng/ml.

Các BN UT TTL giai đoạn IV trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần là các BN phì đại TTL với thể tích TTL trung bình là 45,20 ml.

Tuổi là yếu tố không thể thay đổi quan trọng nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với độ tuổi của bệnh nhân ung thư giai đoạn di căn được báo cáo trong nghiên cứu của Gandaglia trung bình là 75 tuổi (từ 67 đến 82 tuổi) và nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Tâm ở nhóm BN UT TTL giai đoạn IV [9], [10].

Trong số 45 BN trong nhóm nghiên cứu có 43 BN thuộc nhóm nguy cơ cao với điểm Gleason 8-10, chỉ có 02 BN có Gleason 7 điểm. Sở dĩ như vậy vì các BN của chúng tôi đều được xếp vào UT TTL giai đoạn IV.

2. Đặc điểm hình ảnh UT TTL giai đoạn IV trên CLVT đa dãy

Về đặc điểm các tổn thương tại chỗ

Trong số 45 BN nghiên cứu, 57,8% BN có dấu hiệu phá vỡ vỏ tuyến; 48,9% BN xâm lấn túi tinh 1 hoặc 2 bên; 35,6 % BN xâm lấn cơ quan lân cận ngoài túi tinh; 60% BN xâm lấn ra ngoài tuyến (từ giai đoạn pT3 trở lên) và 66,7% BN di căn hạch vùng.

Nồng độ PSA toàn phần trung bình của các BN trong nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Khánh Tâm là 219ng/ml, nhưng khá cao so với một số nghiên cứu khác như Vũ Xuân Huy (2011): 155,7 ng/ml; Philip (2007): 150ng/ml; Edwards (2005): 185ng/ml [10]. Nồng độ PSA cũng tăng tương ứng với kích thước khối u. Nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều ở giai đoạn IV, do đó PSA cao hơn các BN ở các nghiên

Các BN UT TTL giai đoạn IV là các BN có tổn thương di căn hạch vùng (IVA) hoặc di căn xa (IVB), do đó đa phần các BN trong nghiên cứu đều có các tổn thương xâm lấn tại chỗ như phá vỡ vỏ, xâm lấn túi tinh hay cơ quan lân cận ngoài túi tinh và di căn hạch vùng.

• **Về đặc điểm các tổn thương di căn xa**

Trong nghiên cứu, 40,0% BN đã có di căn hạch ngoài vùng, 12/18 BN có di căn hạch ổ bụng chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%). Tỉ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Bubendorf và cộng sự dựa trên khám nghiệm tử thi hàng loạt 1589 BN với di căn hạch cạnh động mạch chủ chiếm tỉ lệ cao nhất, sau đó là hạch tiểu khung và hạch trung thất [11].

Xương là vị trí di căn thường gặp nhất theo di căn đường máu của UT TTL. Di căn xương từ UT TTL thường biểu hiện là các tạo cốt bào (80%), hủy cốt bào (5%) và hỗn hợp tạo cốt bào – hủy cốt bào (10-15%). Vì vậy, di căn xương từ UT TTL thường biểu hiện như điểm đặc xương trên CLVT, đôi khi là tiêu xương hoặc hỗn hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 53,3% BN không có di căn xương, 42,2% BN di căn dạng đặc xương, chỉ có 2,2% di căn dạng tiêu xương và dạng hỗn hợp. Ở các BN di căn xương chủ yếu gặp ở xương cột sống (20/21 BN di căn xương có di căn xương cột sống, chiếm 95,2%). Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Bubendorf có vị trí di căn xương chủ yếu là xương cột sống (90%), 18% xương sườn, 15% xương dài và 8% xương sọ; đa số di căn xương là đặc xương hoặc hỗn hợp, với tỉ lệ lần lượt là 80% và 15%, chỉ có một tỉ lệ nhỏ là tiêu xương hoàn toàn [11].

Với các tổn thương di căn tạng, trong nghiên cứu của chúng tôi, di căn phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (11/13 BN có di căn các tạng khác, chiếm 84,6%). Bubendorf cũng ghi nhận 45% di căn phổi, 25% di căn gan, 21% di căn màng phổi và 12% di căn tuyến thượng thận [11].

Trong số 45 BN nghiên cứu, 82,2% BN đã có di căn xa (M1), các BN còn lại đã có di căn hạch vùng (N1) trên CLVT hoặc CHT nên vẫn được xếp vào giai đoạn IV.

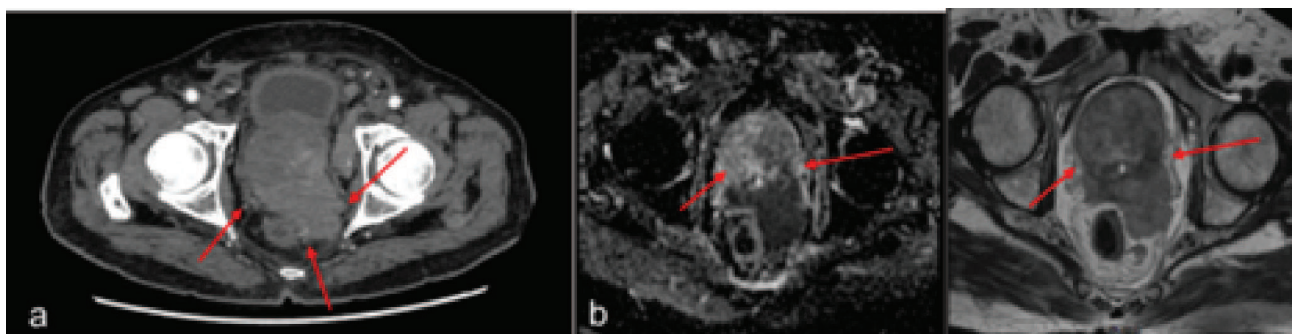
3. Vai trò của CLVT đa dây trong UT TTL

Theo bảng 3, CLVT và CHT có sự phù hợp rất tốt trong đánh giá tổn thương phá vỡ vỏ và di căn hạch vùng ở các BN UT TTL giai đoạn IV với hệ số Kappa lần lượt là 0,862 và 0,953 với $p < 0,05$. CLVT và CHT có sự phù hợp tốt trong đánh giá tổn thương xâm lấn túi tinh ở các BN UT TTL giai đoạn IV với hệ số Kappa = 0,779 và $p < 0,05$.

Các báo cáo trước đây cho thấy độ chính xác của CLVT trong chẩn đoán UT TTL ở giai đoạn khu trú khá thấp. Một nghiên cứu từ đầu những năm 1990 chỉ ra rằng CLVT có độ chính xác 24% trong chẩn đoán xâm lấn ngoài bao và 69% trong chẩn đoán xâm lấn túi tinh [12].

Một phân tích khác gần đây đánh giá 75 nghiên cứu không giới hạn về từ trường hoặc loại coil sử dụng cho thấy CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu gộp chung lần lượt là 0,57 và 0,91 trong đánh giá xâm lấn ngoài bao; 0,58 và 0,97 trong đánh giá xâm lấn túi tinh; 0,61 và 0,88 trong đánh giá tổng thể giai đoạn T3 [13].

So với CLVT thì CHT có độ phân giải mô mềm tốt hơn, với nhiều chuỗi xung và các hướng chụp khác nhau nên CHT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn trong chẩn đoán các tổn thương tại chỗ. Tuy nhiên ở những BN UT TTL giai đoạn IV trong nghiên cứu của chúng tôi, khi các tổn thương xâm lấn tại chỗ rõ ràng thì CLVT có độ phù hợp tốt so với CHT trong chẩn đoán phá vỡ vỏ, xâm lấn túi tinh hay cơ quan lân cận cũng như di căn hạch vùng (Hình 1).

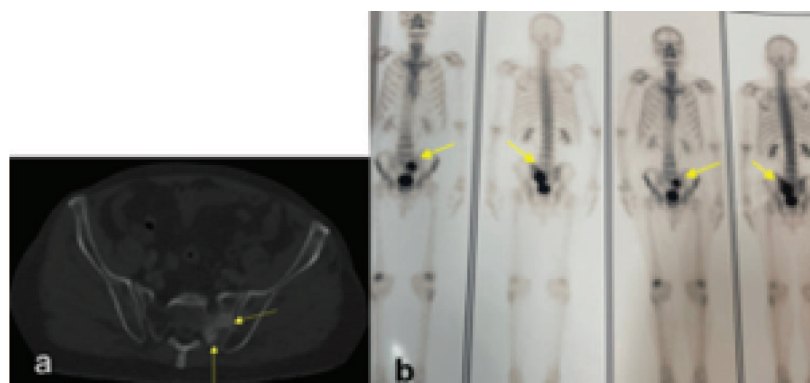


Hình 1. Tổn thương xâm lấn túi tinh hai bên và khoang mỡ trước trực tràng (mũi tên) trên CLVT (a) và CHT (b) ở BN UT TTL 82 tuổi, có Gleason 9 điểm.

Theo bảng 4, CLVT và xạ hình xương có sự phù hợp tốt trong đánh giá tổn thương di căn xương ở các BN UT TTL giai đoạn IV với hệ số Kappa = 0,737 và p < 0,05.

CLVT có thể bình thường trong các trường hợp di căn xương được phát hiện trên xạ hình xương nhưng CLVT có độ phân giải không gian tốt hơn cho phép phân biệt chính

xác hơn giữa các nguyên nhân lành tính và ác tính gây tăng hấp thụ đồng vị phóng xạ trên xạ hình xương¹⁴. Di căn dạng đặc xương có thể được xác định chính xác hơn trên CLVT so với xạ hình xương; do đó, những thay đổi rõ ràng ở các tổn thương đặc xương trên CLVT có thể được sử dụng để theo dõi đáp ứng với liệu pháp hệ thống (Hình 2).



Hình 2. Tổn thương di căn cánh xương cùng bên trái trên CLVT (a) và xạ hình xương (b) ở BN UT TTL 74 tuổi, có Gleason 9 điểm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 19/21 BN có di căn xương là các tổn thương đa ổ, do đó CLVT đa dãy có độ phù hợp tốt với xạ hình xương trong phát hiện di căn xương.

V. KẾT LUẬN

CLVT đa dãy có giá trị cao trong đánh giá tổn thương **xâm lấn tại chỗ** và di căn xa ở các BN UT TTL giai đoạn IV, đặc biệt là các tổn thương ở phổi. CLVT đa dãy toàn thân có thể được sử dụng ở các bệnh viện chưa có CHT toàn thân và PET/CT trong đánh giá các tổn thương di căn do UT TTL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2021;71(3):209-249.
2. Resnick M. J., Koyama T., Fan K. H., et al. Long-term functional outcomes after treatment for localized prostate cancer. *N Engl J Med*. 2013;368:436-445.
3. Chen W., Zheng R., Baade P. D., et al. Cancer statistics in China, 2015. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2016;66(2):115-132.
4. Mottet N., Bellmunt J., Bolla M., et al. EAU-ESTRO-SIOG guidelines on prostate cancer. Part 1: screening, diagnosis, and local treatment with curative intent. *European urology*. 2017;71(4):618-629.
5. Schiavina R., Chessa F., Borghesi M., et al. State-of-the-art imaging techniques in the management of preoperative staging and re-staging of prostate cancer. *International Journal of Urology*. 2019;26(1):18-30.
6. Pesapane F., Czarniecki M., Suter M. B., et al. Imaging of distant metastases of prostate cancer. *Medical Oncology*. 2018;35(11):1-17.

7. Rosenkrantz A. (Ed.). *MRI of the Prostate: A Practical Approach*. Thieme. 2016.
 8. Buyyounouski M. K., Choyke P. L., McKenney J. K., et al. Prostate cancer—major changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2017;67(3):245-253.
 9. Gandaglia G., Abdollah F., Schiffmann J., et al. Distribution of metastatic sites in patients with prostate cancer: a population-based analysis. *The Prostate*. 2014;74(2):210-216.
 10. Lê Thị Khánh Tâm. Đánh giá kết quả điều trị nội tiết ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn IV. Luận án Tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
 11. Bubendorf L., Schöpfer A., Wagner U., et al. Metastatic patterns of prostate cancer: an autopsy study of 1,589 patients. *Human Pathology*. 2000;31(5):578-583.
 12. Engeler C. E., Wasserman N. F., Zhang G. Preoperative assessment of prostatic carcinoma by computerized tomography: Weaknesses and new perspectives. *Urology*. 1992;40(4):346-350.
 13. Tanimoto A., Nakashima J., Kohno H., et al. Prostate cancer screening: the clinical value of diffusion-weighted imaging and dynamic MR imaging in combination with T2-weighted imaging. *Journal of Magnetic Resonance Imaging: An Official Journal of the International Society for Magnetic Resonance in Medicine*. 2007;25(1):146-152.
 14. Zhang J. Computed tomography imaging in patients with prostate cancer. In: Hricak H, Scardino P, eds. *Prostate cancer*. Cambridge University Press; 2009:120 - 139:chap 8.
-

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh ung thư tuyến tiền liệt (UT TTL) trên cắt lớp vi tính (CVLT) đa dãy và đánh giá vai trò của CLVT đa dãy trong UT TTL ở các bệnh nhân (BN) UT TTL giai đoạn IV.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 45 bệnh nhân (BN) tại Bệnh viện Hữu Nghị từ tháng 1/2017 đến tháng 5/2023. Tất cả các BN được chẩn đoán xác định UT TTL, chụp cộng hưởng từ (CHT) đa tham số, CLVT, xạ hình xương và chẩn đoán giai đoạn IV sau khi có các xét nghiệm trên.

Kết quả: Nghiên cứu trên 45 BN có tuổi trung bình $78,31 \pm 5,64$ tuổi, nồng độ PSA toàn phần trung bình 279,78 ng/ml, thể tích TTL trung bình 45,20 ml. 60% BN có tổn thương xâm lấn ra ngoài tuyến và 66,7% BN di căn hạch vùng; 40% BN di căn hạch ngoài vùng; 46,7% BN di căn xương; 28,9% BN di căn các tạng khác. CLVT **đa dãy** có độ phù hợp tốt đến rất tốt so với CHT trong đánh giá tổn thương xâm lấn tại chỗ và độ phù hợp tốt với xạ hình xương trong đánh giá tổn thương di căn xương, với $p < 0,05$.

Kết luận: CLVT đa dãy có giá trị cao trong đánh giá tổn thương di căn ở các BN UT TTL giai đoạn IV, đặc biệt là các tổn thương ở phổi. CLVT đa dãy toàn thân có thể được sử dụng ở các bệnh viện chưa có CHT toàn thân và PET/CT trong đánh giá các tổn thương di căn do UT TTL.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, Cắt lớp vi tính đa dãy, xạ hình xương.

Người liên hệ: Trần Thị Thanh Thanh. Email: hmu1711@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/06/2023. Ngày nhận phản biện: 05/06/2023. Ngày chấp nhận đăng: 30/07/2023